

Declaración de la OMB (Oficina de Gestión y Presupuesto de EE.UU.) sobre la carga de informar: De conformidad con la Ley de Disminución del Papeleo de 1995 (*Paperwork Reduction Act of 1995*), no podrá exigirse a persona alguna que responda a un sondeo de recabación de información, salvo que éste muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para este formulario de recabación de información es 0584-0008. El tiempo requerido para llenar este formulario de recabación de información se estima en un promedio de 15.04 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para repasar las instrucciones, hacer búsquedas en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener la información necesaria y llenar y repasar el formulario. Si tiene alguna observación respecto de la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: BRD/FNS, Room 400, 3101 Park Center Drive, Alexandria, VA 22302.

USDA - SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LAS TIENDAS PARA ACEPTAR CUPONES PARA ALIMENTOS

Formulario Aprobado
 N° de la OMB 0584-0008.
 Fecha de Vencimiento 10/05

Date Authorized		FOR FNS USE ONLY				Country Code		Authorization	
MM	DD	YYYY	FNS Number				A/B		Initials
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>						

Número de Seguimiento del FNS (FNS Tracking Number)

El objeto del Programa de Cupones para Alimentos es promover la nutrición y la salud entre la población de bajos recursos. El USDA busca administrar el Programa de Cupones para Alimentos a través de las tiendas de abarrotes al por menor que en forma constante venden una variedad de alimentos básicos en cada uno de los cuatro grupos de alimentos, o que generan el 50% o más de sus ventas brutas gracias a los alimentos básicos. Sírvase responder a cada uno de los siguientes puntos en forma completa y precisa a fin de que podamos determinar la elegibilidad de su tienda para aceptar beneficios de cupones para alimentos.

VER EJEMPLO MÁS ABAJO: Sírvase utilizar bolígrafo, no lápiz.
 Escriba de esta forma:

A	R	T	'	S		M	A	R	K	E	T	<input type="text"/>									
---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sombree los círculos de esta forma: ●
 No de esta otra: ☒ ☑

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA TIENDA

1. Nombre de la Tienda

2. Dirección de la Tienda (No utilice una Casilla de Correo Postal)

Número	Nombre de la Calle	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/>
Condado	<input type="text"/>	

3. Dirección Postal de la Tienda (No complete si coincide con el punto N° 2 anterior)

Número	Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/>

4. Número de Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Número de Fax (Si corresponde)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Dirección de Correo Electrónico: (Si corresponde)

5. Sombree el cuadro que mejor describa su tienda:

- Supermercado Tienda de Reparto Tienda de Medicamentos y Artículos para el Cuidado Personal
- Tienda de Abarrotes Mercado de Granjeros/
Puesto de Productos Agrícolas Super Tienda
- Minimercado de Autoservicio Otro (describir): _____

6. Número Federal de Identificación de Empleados (EIN, en inglés):

—

(Si corresponde)
El EIN es un número de nueve dígitos asignado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés). El IRS utiliza el número para identificar a las empresas que deben presentar determinadas declaraciones juradas de impuestos federales.

INFORMACIÓN RELATIVA A LA PROPIEDAD

7. Tipo de Propiedad - Sombree un solo tipo:

- Sociedad Unipersonal Sociedad con Responsabilidad Limitada Empresa Estatal (Si sombrea esta opción, diríjase al punto N° 10)
- Sociedad de Personas Cooperativa Sociedad de Personas con Responsabilidad Limitada
- Sociedad Cerrada (No cotiza en bolsa) Sociedad Abierta (Cotiza en bolsa) (Si sombrea esta opción, diríjase al punto N° 9)

8. a. Ingrese el/los titular(es) principal(es) o accionista(s) mayoritario(s) si la tienda es de propiedad de una o más personas o es una sociedad privada. En estados en donde rige el sistema de bienes gananciales, deberá ingresarse la información relativa al cónyuge. Los estados en donde rige el sistema de bienes gananciales son los siguientes: Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Tejas, Washington y Wisconsin. Ingrese la información del director si la tienda pertenece a una cooperativa. Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social.

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

—

Cargo

Número de Seguro Social

— —

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

/ /

b. Ingrese la información relativa a otros propietarios / accionistas o directores (Si los hubiera):

Primer Nombre	Segundo Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido		
<input type="text"/>		
Número	Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/>
Cargo		
<input type="text"/>		
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA	
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

NOTA: Si hay más propietarios, accionistas o directores, ingrese la misma información que se solicitó anteriormente en el Apartado Adicional, que se encuentra en la página 5.

9. ¿Es esta tienda una franquicia? Sí No

10. Ingrese el nombre y la dirección de la sociedad controlante o la franquicia (Si corresponde):

Nombre		
<input type="text"/>		
Número	Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/>
Número de Teléfono	Número de Fax (Si corresponde)	
<input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/>	
Dirección de Correo Electrónico: (Si corresponde)		
<input type="text"/>		

11. ¿Cuándo comenzó o comenzará a operar la tienda con estos propietarios? M M / D D / A A A A

12. a. ¿Estará abierta la tienda todo el año? Sí (Si la respuesta es sí, diríjase al punto N° 12c) No

b. Si la respuesta es no, sombree todos los meses en que estará abierta:

Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic

c. ¿Estará abierta la tienda 24 horas al día, los 7 días de la semana? Sí (Si la respuesta es sí, diríjase al punto N° 13) No

d. Escriba en letra de imprenta los días de trabajo y el horario comercial de la tienda:

Sombree los días en que estará cerrada: Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

APARTADO ADICIONAL

8. (Continuación): INFORMACIÓN RELATIVA A OTROS PROPIETARIOS, ACCIONISTAS O DIRECTORES:

No Aplicable

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

 —

Cargo

Número de Seguro Social

 — —

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

 / /

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

 —

Cargo

Número de Seguro Social

 — —

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

 / /

18. (Continuación): Si su respuesta fue “sí”, sírvase brindar una explicación:

19. (Continuación): Si su respuesta fue “sí”, sírvase brindar una explicación:

Declaración de la Ley de Privacidad (*Privacy Act*) – El Artículo 9 de la Ley sobre Cupones para Alimentos de 1977 (*Food Stamp Act of 1977*), con sus modificaciones (Título 7, Código de EE.UU. 2011 y siguientes), autoriza la recabación de esta información. Esta información será utilizada primordialmente por el Programa de Cupones para Alimentos. Podrán efectuarse divulgaciones adicionales de la información a otros programas del FNS dentro de las oficinas locales, estatales y federales y a autoridades de investigación, incluidos los cuerpos locales encargados de imponer el cumplimiento de la ley, cuando el Programa de Cupones para Alimentos tome conocimiento de una infracción o posible infracción de la Ley sobre Cupones para Alimentos, según se explica en la siguiente sección del presente documento denominada “Utilización y Divulgación” [Título 7, Código de EE.UU. 2018(c); Título 26, Código de EE.UU. 6109(f); Título 42, Código de EE.UU. 405(c); y Título del Código de EE.UU. 770119].

En los casos en que el número de identificación de propietario sea su Número de Seguro Social (SSN), la recabación de esa información está autorizada por el Artículo 271.1(b) de los reglamentos del programa. En virtud de ese Artículo, también estamos autorizados a recopilar su Número de Identificación de Empleado (EIN) y su información tributaria. Solamente estamos facultados a divulgar los SSN y los EIN a otras agencias federales que están autorizadas por ley a guardar dichos números en sus propios registros [Título 26, Código de EE.UU. 7213 y Título del Código de EE.UU. 20189c]. La presentación de la información solicitada en este formulario, incluidos su SSN y su EIN, es voluntaria; pero la falta de presentación de dicha información puede ocasionar la desaprobación de esta solicitud.

Si el FNS o el Programa de Cupones para Alimentos utiliza la información suministrada en este formulario para fines distintos de aquellos indicados en él, podrá brindarle una declaración adicional donde refleje esos fines.

Utilización y Divulgación – Podemos utilizar computadoras para comparar la información que usted nos brinda con la información llevada por otras agencias federales a fin de asegurarnos de que los datos suministrados, incluidos su SSN y su EIN, son verídicos. Utilizaremos la información proporcionada por usted para administrar y exigir el cumplimiento de las reglas y leyes relativas a los cupones para alimentos. Estamos facultados para informar los SSN y los EIN al Departamento de Justicia si fuera necesario para procedimientos judiciales y al Departamento del Tesoro u otras agencias federales con fines informativos y para que procedan al cobro de dinero que se nos adeuda. Ello incluye la posibilidad de deducir las sumas que usted nos adeuda de un futuro reembolso de impuestos federales, un salario federal o de un beneficio federal que usted pudiera recibir (Título 7, Código de EE.UU. 2022 y Título 31, Código de EE.UU. 3711). La información que usted nos brinda (excepto su SSN y su EIN) también podrá ser comunicada a: (1) organismos privados de cobro a fin de que procedan al cobro de dinero que se nos adeude; (2) la policía local y a las agencias federales y estatales responsables del cumplimiento de la Ley sobre Cupones para Alimentos u otras reglas y leyes federales y estatales; (3) las agencias estatales responsables del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés).

Advertencia sobre Penalidades – Estamos facultados a rechazar la solicitud o retirar nuestra autorización para que usted pueda aceptar los beneficios de cupones para alimentos como pago por los alimentos que vende en su tienda en los siguientes casos: (1) si usted miente o nos brinda información falsa; o (2) intenta ocultar información que le solicitamos nos proporcione. Si usted miente, nos brinda información falsa u oculta información, usted y las personas propietarias de la tienda podrán ser obligadas a pagar \$10,000 o encarceladas por un período máximo de cinco años, o podrán sufrir ambas penalidades (Título 7, Código de EE.UU. 2024 y Título 18, Código de EE.UU. 1001).

Certificación y Firma – Con su firma estampada en esta solicitud, usted manifiesta ante nosotros lo siguiente: (1) que usted es el propietario de la tienda o que el/los propietario(s) le ha(n) pedido que presente la solicitud en nombre de ellos; (2) que la información que usted y/o el/los propietario(s) nos proporcionaron en este formulario o en los documentos que pedimos es verdadera; (3) que ha leído y que comprende la información contenida en esta planilla; (4) que no puede dar un tratamiento distinto a los clientes que compran con cupones para alimentos; (5) que comprende que usted y la(s) persona(s) en nombre de quien(es) usted presenta la solicitud son responsables de impedir que los empleados, asalariados o no, infrinjan las normas relativas a cupones para alimentos, las que incluyen, entre otras, las siguientes: (a) intercambiar dinero en efectivo por beneficios de cupones para alimentos; (b) aceptar beneficios de cupones para alimentos de las personas que no tienen autorización para utilizarlos; (c) aceptar beneficios de cupones para alimentos para efectuar pagos respecto de una cuenta de crédito o préstamo; (d) aceptar beneficios de cupones para alimentos para efectuar el pago de artículos que no pueden comprarse con dichos beneficios. Estamos facultados para revocar el derecho de una tienda de aceptar beneficios de cupones para alimentos como pago de los alimentos que vende en su tienda si un propietario o gerente u otra persona que trabaje en la tienda infringe alguna de las reglas o leyes relativas a los cupones para alimentos.

ACUERDO

COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

- Tengo autoridad para contratar en nombre de la empresa.
- He proporcionado información verídica y completa en este formulario.
- Por el presente acepto autorizar al Departamento de Agricultura (USDA), mediante mi firma que aparece más abajo, a acceder a mis registros tributarios y también acepto permitir que el USDA verifique la precisión de la información presentada con esta solicitud.
- Toda información provista por mí puede ser corroborada y comunicada a otras agencias, según se explica en el apartado adicional.
- En el supuesto de que yo presente información falsa, mi solicitud puede ser rechazada o retirada.
- Acepto la responsabilidad de informar a la Oficina Local de FNS ("Field Office") todo cambio que se produzca en la titularidad de la empresa, en su dirección, estructura comercial, y operación.
- Respetaré y me aseguraré de que los empleados respeten los reglamentos del Programa de Cupones para Alimentos. Tengo conocimiento de que las infracciones de las normas del programa podrán acarrear multas, sanciones legales, el retiro o la inhabilitación para participar del Programa de Cupones para Alimentos.
- Acepto la responsabilidad en nombre de la empresa por toda infracción de los reglamentos del Programa de Cupones para Alimentos, incluidas aquellas cometidas por los empleados de la empresa, asalariados o no, y ya sea que sean empleados nuevos, a tiempo completo o a tiempo parcial.

Ellas incluyen, entre otras, las siguientes infracciones:

- Dar un tratamiento distinto a los clientes que pagan con cupones para alimentos respecto de los restantes clientes.
- Intercambiar dinero en efectivo por beneficios de cupones para alimentos.
- Aceptar a sabiendas beneficios de cupones para alimentos de personas que no están autorizadas a usarlos.
- Aceptar beneficios de cupones para alimentos como pagos respecto de cuentas de crédito o préstamos.
- Aceptar los beneficios de cupones para alimentos como pago por artículos que no se pueden comprar de ese modo.
- Podrá denegarse la participación o retirarse la autorización para participar si mi empresa infringe cualquier norma o reglamento emitido por agencias locales, estatales o federales, incluidas las leyes sobre derechos civiles y sus disposiciones reglamentarias. Asimismo, la inhabilitación para participar en el Programa WIC puede acarrear la inhabilitación para participar en el Programa de Cupones para Alimentos.
- La participación en el Programa de Cupones para Alimentos exige que no discrimine a los clientes sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, religión, creencias políticas, discapacidad y que tome toda medida necesaria de inmediato para garantizar que mis clientes no sean discriminados.
- Toda persona física o jurídica que acepte o utilice los beneficios de cupones para alimentos sin estar autorizada a hacerlo será pasible de multas significativas y sanciones administrativas.
- He leído y comprendo la Declaración de la Ley de Privacidad, las Advertencias y la Certificación que constan en el presente.

X _____
Firma

Fecha de firma

Nombre en letra de imprenta

Cargo en letra de imprenta

De conformidad con el Derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a su institución discriminar a las personas sobre la base de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por Discriminación, sírvase escribir a: USDA, Director, Office of Civil Rights
Room 326W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410